

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

238

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 mars 1904 à 1 heure.

PAR

Georges LABADIE-LAGRAVE

DES

Hernies par glissement du gros intestin
et en particulier de leur traitement

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. BUDIN, DE LAPERSONNE, professeurs.
SCHWARTZ, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHT.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale.....	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAX.
	DE LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.....	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BUDIN.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au plus aimé de mes maîtres, au meilleur de mes
amis.

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR

F. LABADIE-LAGRAVE

Médecin de l'hôpital de la Charité.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Que M. le professeur TERRIER nous permette de le remercier doublement. Nous avons été son élève dans son beau service de l'hôpital Bichat, nous avons puisé dans son enseignement des notions solides et précises que nous avons eu à utiliser à chaque moment par la suite. A l'éminent chirurgien, au maître vénéré, nos plus sincères remerciements. Si M. le professeur Terrier fut pour nous un maître il fut aussi un grand ami. Deux termes qui sont synonymes quand il s'agit de ce grand chef d'école. Nous sommes d'autant plus fiers des marques de sympathie, que notre maître nous a toujours montrées qu'il n'est pas de ceux qui prodiguent leur affection; il ne sème pas en terre aride : aussi la graine a-t-elle germé et s'est développée sous forme d'une affection très vive et d'une profonde reconnaissance.

Ce travail dira à M. le professeur Berger tout ce que nous lui devons. Pendant les deux années passées auprès de lui nous avons beaucoup appris. Il nous a inspiré le sujet de notre thèse. Nous lui adressons ici tous nos remerciements.

M. ROCHARD nous a témoigné trop de bienveillante sympathie dans le service de M. le professeur Berger pour refuser notre reconnaissant souvenir.

Nous avons passé une année comme externe chez M. le professeur agrégé TUFFIER. C'est trop court pour un tel maître. Nous le remercions vivement de la sollicitude toute paternelle avec laquelle il a contribué à notre instruction chirurgicale. Nous souvenant de son enseignement nous n'oublierons pas le maître.

Nous avons passé six mois comme interne provisoire dans le service de M. DANLOS à l'hôpital Saint-Louis. Nous ne saurions trop le remercier de la bienveillance qu'il nous a témoignée et de tout ce que nous a appris son méthodique enseignement.

Les quelques mois passés chez M. le professeur agrégé TROISIER comme interne provisoire dans son service de Beaujon nous l'ont fait aimer et regretter. L'impression pour être courte n'en est pas moins durable.

Puisque maître et ami sont devenus synonymes dans notre pensée que M. le docteur TRIBOULET nous permette de lui donner ce double titre. Il nous a guidé dans le début de nos études médicales. Nous lui devons des idées générales qui nous ont souvent servi à démêler le chaos de la théorie. Qu'il soit assuré de notre affectueuse reconnaissance.

Nous avons beaucoup appris auprès de M. le docteur MAGDELAINE à la consultation de la Charité. Son affable politesse envers les malades mêlée à sa

grande érudition a fait pour nous de M. le docteur Magdelaine le modèle du praticien que nous essayerons d'imiter.

Que notre ami le docteur BANZET reçoive ici tous nos remerciements pour les bons offices qu'il nous a rendus dans le laboratoire de M. le professeur Berger.

M. Alglave nous a enseigné l'anatomie dans le laboratoire de M. le professeur Farabeuf. Nous lui devons en outre plusieurs observations inédites qui figurent dans ce travail. Nous lui adressons tous nos remerciements.

Notre ami M. Rollin interne des hôpitaux a bien voulu nous aider dans nos recherches bibliographiques, nous l'en remercions vivement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Des hernies par glissement du gros intestin

et en particulier de leur traitement

INTRODUCTION

Les hernies du gros intestin ont été l'objet d'un grand nombre de travaux, depuis que Scarpa en donna, le premier, une pathogénie qui mérite de rester encore classique. Nous n'entreprendrons pas de refaire l'étude complète de ces hernies, nous essaierons de mettre au point leur pathogénie et leur anatomie pathologique : Cette étude nous permettra d'éclairer autant que possible la question très obscure de l'intervention dans les hernies adhérentes du gros intestin. Et d'abord que doit-on entendre par *hernie par glissement*. Il y a hernie par glissement lorsqu'une partie du gros intestin descend à travers l'orifice inguinal entraînant avec elle un court méso qui ainsi glisse jusque dans les bourses. Si le méso est assez long pour permettre à l'intestin de descendre seul, la hernie sera semblable à celle de l'intestin grêle. Ces hernies par descente munies d'un sac complet ne nous occuperont pas.

Nous étudierons *les hernies du cæcum et de son appendice* suivies ou non de celles du côlon ascendant, puis les hernies de l'S iliaque. Il est évident que le côlon transverse pas plus que le côlon pelvien, étant munis d'un long méso ne peuvent présenter une hernie par glissement, mais seulement *par descente*. Le côlon est retenu par son méso, au niveau de la hernie : il en résulte des adhérences d'autant plus étendues que le méso est plus large. Cette disposition explique pourquoi ces hernies sont toutes adhérentes en totalité ou en partie d'où les dénominations de hernies par adhérences du sac, hernies adhérentes par glissement, etc... Le nom de hernie par glissement rend suffisamment compte de cette particularité.

PATHOGÉNIE

Voici la description donnée par M. le professeur Berger : « Certaines hernies en augmentant de volume attirent peu à peu le péritoine adjacent à l'orifice herniaire au dépens duquel se fait l'accroissement du sac ; il arrive de la sorte que les points du péritoine qui correspondent à l'insertion du méso-cæcum et du mésocôlon iliaque sont peu à peu entraînés dans la hernie et avec eux ces replis péritonéaux eux-mêmes, enfin les viscères auxquels ils donnent attache.

Ainsi l'insertion du cœcum de l'S iliaque, parfois même des côlons ascendants et descendants finit par se faire plus ou moins bas sur les parois du sac herniaire ».

La disposition normale du péritoine est, on le voit, capitale pour comprendre ces hernies, nous la rappellerons brièvement :

Le côlon descendant et le côlon iliaque se trouvent chez l'embryon complètement enveloppés par le péritoine et rattachés à la ligne médiane abdominale postérieure par le mésentère terminal primitif : mais tandis que la partie de ce méso qui appartient au côlon descendant disparaît de bonne heure, celle qui rattache le côlon iliaque persiste plus longtemps. Le côlon iliaque est encore libre chez le nouveau-né. Chez l'adulte on trouverait dans 10 o/o des cas, une enveloppe séreuse complète et un court méso ; le mésocôlon iliaque définitif, haut de 2 à 5 centimètres ; il est relativement mobile.

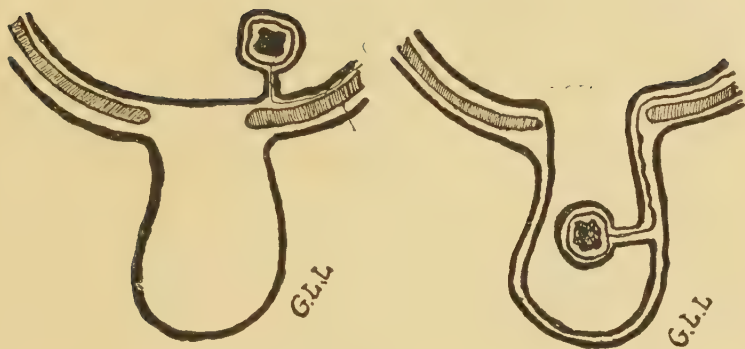
Ordinairement dans 90 o/o des cas, le processus de soudure s'est étendu à tout le méso primitif et même au côlon ; celui-ci est alors fixé, il adhère au péritoine primitif iliaque (Jeneco), dans quelques cas, dit Anderdon, le côlon iliaque se promène dans la fosse iliaque ou autour du péritoine recouvert seulement par lui sur la moitié de sa circonférence.

Certaines hernies par glissement du côlon iliaque pourraient donc reconnaître une origine *congénitale*. De plus il est des causes adjuvantes : c'est tout d'abord la *ptose intestinale avec atonie* ; chez

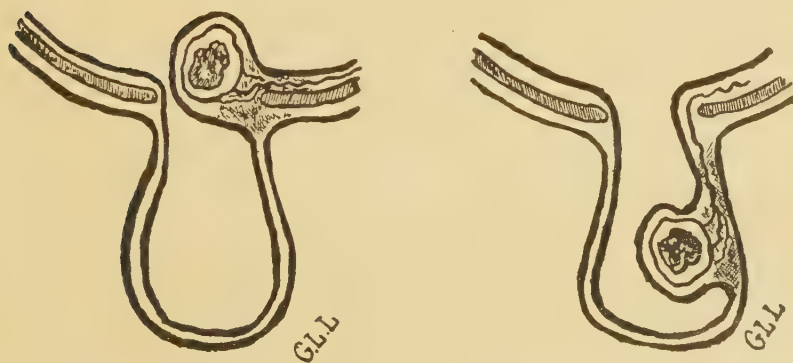
plusieurs malades, nous avons constaté une flaccidité des tissus (ventre à triple saillie, estomac dilaté, varices, hémorroïdes, anneaux larges et peu résistants, etc..) syndrome sur lequel M. le Docteur Tuffier aime à appeler l'attention de ses élèves chez les sujets porteurs de hernie. C'est ensuite la laxité plus ou moins grande du tissu cellulaire qui double le péritoine ou *fascia propria*. On peut, en exerçant des tractions chez le cadavre, sur le péritoine pariétal de la fosse iliaque, dédoubler les deux feuillets du mésocôlon iliaque. Ce qu'une traction rapide commence, il est facile d'admettre avec M. le D^r Campenon qu'une traction lente, exercée sur un côlon distendu peut exécuter. Enfin l'S iliaque peut être en situation haute ou basse et dans ce cas, être presque appliquée contre l'arcade de Fallope, cette disposition favorise la hernie.

Il en est d'ailleurs de même pour le cœcum, qui peut croiser la crête iliaque et pénétrer dans la fosse lombaire. C'est la situation *haute*, ou descendre dans la cavité pelvienne c'est la situation *basse* ; mais si la situation basse du cœcum est une cause prédisposante de la production d'une hernie par glissement, c'est la disposition du péritoine qui en est le facteur important (Gross).

Pour les anciens anatomistes, le cœcum était simplement recouvert par le péritoine et Malgaigne explique ainsi les cas de hernies du cœcum sans sac. Les travaux de Bardeleben, Luschka, Trèves et de



Mécanisme des hernies par glissement. Hernie d'un S iliaque à méso long. La figure 1 représente le premier temps. La figure 2 montre l'intestin descendu dans les bourses avec son méso. Le sac est complet sauf au niveau de l'insertion du méso.



Mécanisme des hernies par glissement.

Hernie d'un S iliaque à méso court.

Dans la figure 3 l'intestin est au niveau de l'orifice inguinal.

Dans la figure 4 il est descendu dans les bourses. L'insertion du méso étant large, le sac est moins grand que dans la variété représentée par la figure 2. En incisant au niveau de la portion adhérente on voit que l'on tomberait sur les vaisseaux.

M. Tuffier ont renversé cette doctrine en étudiant la disposition du péritoine cœcal.

Nous savons aujourd'hui que le cœcum est libre dans la cavité péritonéale et recouvert entièrement par le péritoine.

« Le doigt peut en faire le tour, dit M. Tuffier, comme de la pointe du cœur dans la cavité péricardique ».

Une hernie du cœcum se comporterait donc comme une hernie grêle ordinaire : elle aura un sac complet. Mais la hernie par glissement étant *une anomalie de hernie*, nous devons logiquement en rechercher la cause dans *une anomalie anatomique* :

M. Legueu, qui a étudié les arrêts de développement du péritoine cœcal chez l'enfant, considère quatre degrés :

1^{er} degré. — Le cœcum et le côlon ascendant sont complètement enveloppés par le péritoine. Le méso ne commence qu'au point de continuité du côlon ascendant avec le côlon transverse : 8 o/o des cas.

2^e degré. — Le cœcum et la moitié du côlon ascendant sont enveloppés par la séreuse ; plus haut, il y a un méso : 41 o/o des cas.

3^e degré. — Le cœcum est complètement enveloppé, le côlon ascendant est muni d'un méso. C'est la disposition la plus fréquente : 45 o/o des cas.

4^e degré. — La séreuse forme un enveloppement incomplet au cœcum et au côlon ascendant. Il n'y a pas ou peu de méso. Le cœcum et le côlon sont en

contact avec la paroi abdominale postérieure par une partie de leur circonférence : 6 o/o des cas.

La hernie par glissement peut se produire de plusieurs façons : Le cœcum libre s'engage, entraînant avec lui une partie du côlon ascendant pourvu de méso.

L'insertion de ce méso peut s'arrêter au niveau de l'orifice inguinal (2^e degré de Scarpa) où il descendra jusque dans le tissu cellulaire de la hernie (3^e degré de Sarpa). Dans les cas rares où le cœcum est extrapéritonéal (4^e degré de Legueu), la hernie sera forcément adhérente et dépourvue de sac.

M. Tuffier a interprété de cette façon un cas observé dans le service de M. le Professeur Guyon.

Le cœcum est suspendu et maintenu par deux ligaments bien décrits par M. Tuffier.

L'un *supérieur* constitué par un repli de la séreuse qui se tend l'orsqu'on exerce des tractions sur les extrémités inférieures du cœcum : c'est un véritable ligament très solide et si l'on tire énergiquement sur le cœcum, celui-ci cède avant que le ligament ne se rompe.

Le ligament *inférieur* n'est autre que l'insertion du mésentère à la fosse iliaque : il retient le cœcum en dedans. Selon M. Tuffier, pour qu'une hernie du cœcum se produise, il faut que ces ligaments soient insuffisants ou nuls (d'où *hernie congénitale*) ou qu'ils soient allongés ou arrachés (d'où *hernie acquise*).

S'il est facile de comprendre qu'un cœcum mal

soutenu par des ligaments insuffisamment développés puisse descendre dans l'orifice inguinal, il est plus difficile de se rendre compte de la hernie d'un cœcum puissamment soutenu par son ligament supérieur et maintenu par l'inférieur.

Comment donc se produit la hernie dite *acquise* ?

Voici le mécanisme qu'en retrace M. Jaboulay : « Lorsque le cœcum est fortement distendu par des matières fécales, son ligament supérieur l'empêche de se dilater par sa partie antérieure ; il se dilate par sa partie postérieure qui tend à se porter en haut et en dedans. Le ligament inférieur entre alors en jeu et limite ce mouvement de bascule. Mais ce ligament est beaucoup moins résistant que le ligament supérieur, aussi sous l'influence d'une distension cœcale prolongée il se laisse allonger et cède à la fin pendant que l'autre ligament a résisté ; alors le cœcum obéit au mouvement de « bascule » qui est imprimé par le ligament supérieur sans contre-poids, il « s'énuclée » de sa coque séreuse, arrive entre les deux feuillets du méso-cœcum puis dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Il en résulte que la hernie est dans ce cas dépourvue de sac herniaire. Dans toutes nos observations de hernies du cœcum il s'agissait de hernies de force survenue après un effort. Les quelques cas de hernies de l'S iliaque dont nous avons eu les observations semblent au contraire être des hernies de faiblesse.

Quant à l'appendice, il suit le cœcum hernié. Un seul point nous paraît intéressant, c'est que si le glis-

sement a intéressé le péritoine sur une assez grande étendue, le méso-appendice vient s'insérer dans la hernie; or ce méso est soulevé par l'artère appendiculaire qui, très grêle, risque d'être blessée dans la libération des adhérences.

D'autre part l'appendice hernié n'est pas dans des conditions normales. La nutrition est plus ou moins entravée, des coudures peuvent s'y produire; toutes raisons qui nous font conseiller de l'enlever au cours de l'opération quand même on ne trouverait pas de lésions appréciables.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce que nous avons dit du mécanisme des hernies par glissement nous permettra d'être brefs. Ce sont pour la plupart des hernies inguinales obliques externes (*voir observations*). Mérigot de Treigny, dans sa thèse, cite pourtant un cas de hernie crurale de l'S iliaque. Le plus généralement la hernie du cœcum siège à droite, celle de l'S iliaque à gauche. On a pourtant cité des cas de hernie du cœcum à gauche (André, Stiegel, Guérin, Esprit).

Le volume de ces hernies est en général assez considérable; du volume du poing. Lorsqu'elles atteignent de plus grandes dimensions, elles les doivent à

des éléments surajoutés : épiploon, intestins grêles, parfois côlon transverse. Le malade qui fait l'objet de l'observation 6 avait une grosse hydrocèle. Dans toutes nos observations nous avons noté la faiblesse des parois et les grandes dimensions de l'anneau inguinal qui admettait facilement un gros doigt. *Le petit oblique et le transverse étaient toujours faibles, le tendon conjoint insignifiant.* On conçoit l'importance de cette disposition pour la réfection de la paroi. Aussi insisterons-nous sur la nécessité de refaire une paroi solide qui seule met à l'abri des récidives et constitue la *meilleure des colopexies*. D'autant que la résection du sac qui constitue le premier temps de la cure est souvent impossible à cause des adhérences et de la présence des vaisseaux nourriciers qui y rampent.

Que deviennent en effet les vaisseaux dans la migration du gros intestin ?

Le point est capital car la blessure des vaisseaux coliques, outre quelle détermine une hémorrhagie qui gêne l'opérateur, peut entraîner des accidents de gangrène de l'intestin qu'il faut avant tout éviter.

« Ces vaisseaux, dit M. Morestin, sont étirés, allongés et éparpillés. Ayant suivi passivement le mouvement de descente et d'étalement de l'intestin hernié, ils restent étroitement appliqués à cet organe et à la lame péritonéale supérieure. Ils n'ont que des rapports de contiguïté avec les organes environnants, dont il restent indépendants. L'intestin hernié se trouve comme le testicule dans les bourses ; il a ap-

porté avec lui ses artères, ses veines, ses lymphatiques; il reste comme un étranger dans les tissus qui l'entourent. Si cela est vrai pour les hernies récentes il est des cas où les adhérences sont très intimes et où tout décollement est impossible (obs. I). Il existe là entre la paroi intestinale et le tissu herniaire un tissu cellulo-conjonctif de nouvelle formation qui maintient les vaisseaux dans leur situation nouvelle et rend le décollement très pénible, souvent impossible. C'est ce mode d'adhérence que Scarpa désignait sous le nom « *d'adhérence charnue naturelle* » par opposition aux adhérences inflammatoires et qui forme une véritable gaine protectrice aux vaisseaux. L'examen histologique de cette portion adhérente serait à notre avis, d'un grand intérêt en montrant le point de départ de la néoformation cellulaire.

Le sac. — Dans toutes les observations on est frappé par sa minceur, souvent il se laisse déchirer par les fils.

Toujours incomplet, il manque quelquefois. Ce sont les cas, par exemple, où le cœcum glisse sous la séreuse et vient seul faire hernie. Le chirurgien non prévenu risque d'intéresser l'intestin dans son incision (*trois cas d'Anderson*).

Quelquefois le sac est complet seulement en apparence. Le gros intestin a glissé jusque dans le scrotum mais son méso s'est arrêté au niveau de l'orifice inguinal. La hernie scrotale est munie d'un sac complet. Mais si l'on cherche à décoller ce sac au-dessus de l'anneau, on est arrêté par l'insertion du mésocô-

lon (obs. 1 et 2). Dans ces cas il est facile de réséquer une grande partie du sac.

Dans une troisième variété le sac est rudimentaire. L'intestin a entraîné son méso qui s'insère jusque dans la hernie, selon l'épaisseur du méso il y a une partie plus ou moins grande d'intestin qui est en rapport avec les tissus de la région. Dans une de nos observations le cœcum et l'appendice adhéraient par leur méso jusqu'au fond des bourses.

Dans cette dernière variété la plus fréquente l'intestin est dépourvue de séreuse à sa partie postérieure qui ainsi est en dehors du sac et fait partie de ses parois.

Quant à ce que l'on est convenu d'appeler le collet du sac il n'est représenté que par l'anneau fibreux, qui est quelquefois très dilaté au point d'admettre plusieurs doigts. Aussi l'étranglement de ces hernies n'est-il pas fréquent. Dans l'observation 6 il s'agissait d'une anse grêle étranglée par le cœcum hernié. Considérant le collet comme agent d'étranglement, on peut dire que le sac de ces hernies n'a pas de collet.

Contenu. — Le cœcum, l'S iliaque une partie du côlon ascendant et descendant sont les organes que l'on y rencontre d'habitude. D'autres parties du tube digestif peuvent descendre secondairement soit entraînées par le gros intestin soit à la faveur de la brèche faite à la paroi par la hernie primitive.

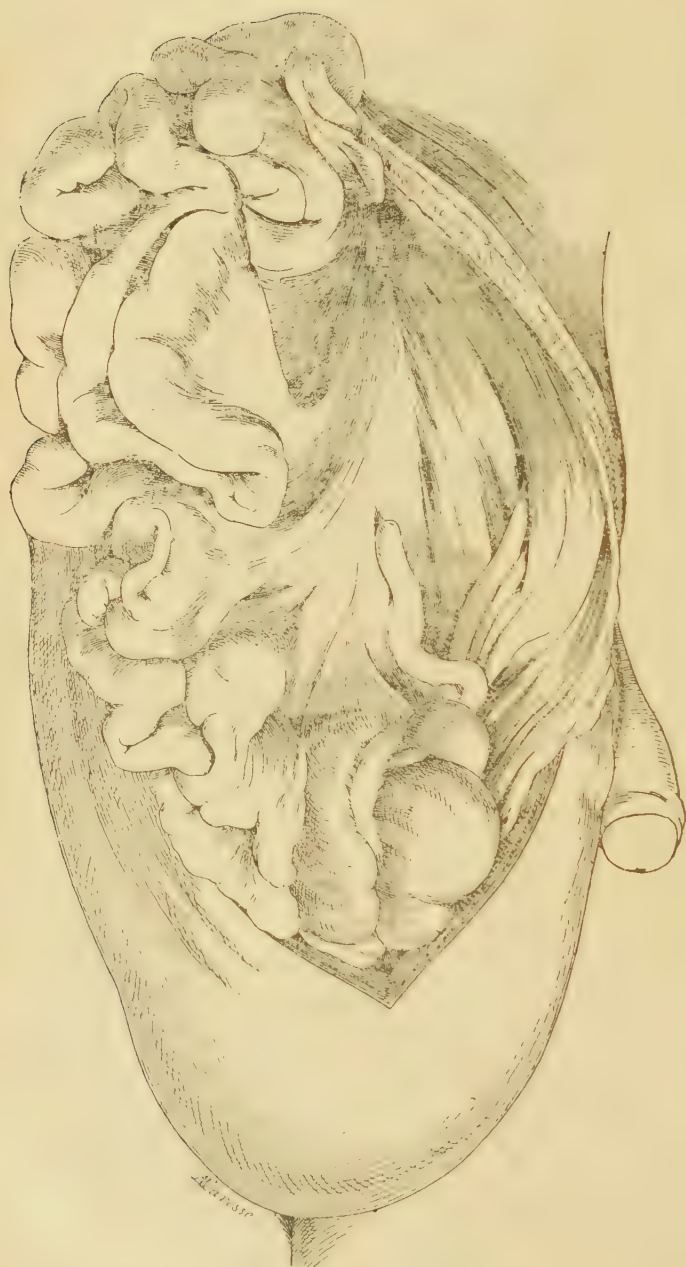
Quant aux modifications de l'anse herniée elles n'offrent rien de particulier à ces hernies. Il est pour-



Hernie inguinale directe bilatérale contenant : 1° à droite l'épiploon et le côlon transverse; 2° à gauche la dernière anse d'intestin grêle, le cœcum et l'S iliaque.

tant une particularité que nous avons observée chez plusieurs malades c'est le développement exagéré des franges graisseuses du gros intestin. M. le professeur Berger a même dans plusieurs cas utilisé ces franges en les fixant à la paroi abdominale. M. Hartman et M. Broca les ont signalé comme pouvant être cause d'irréductibilité.

Situation de l'intestin. — La place occupée par l'intestin hernié à beaucoup préoccupé les auteurs et cela à juste raison; une incision intempestive risquant de faire un anus contre nature.



Grosse hernie inguinale scrotale gauche contenant : le cœcum, une partie du côlon ascendant, l'appendice, la partie terminale de l'iléon et l'insertion du mésentère.

L'intestin dans ces hernies plus ou moins adhérentes fait partie intégrante du sac. Il est situé à la partie postérieure de la hernie ayant en avant de lui le rudiment de sac. M. Savariaud explique ainsi cette disposition : « la paroi postérieure du sac qui renferme les vaisseaux se laisse moins allonger que l'antérieure ; d'où il suit que l'S iliaque occupe toujours la partie postérieure du sac, disposition sans laquelle l'intestin ou ses vaisseaux nourriciers seraient fatalement intéressés avant que le sac ne soit ouvert au cours d'une kélotomie ou d'une cure radicale. »

L'incision devra donc toujours porter à la partie antérieure et le plus haut possible au niveau de l'orifice inguinal, car même lorsque le sac est très incomplet on a des chances de le rencontrer à ce niveau.

Rapport de la hernie avec les éléments du cordon. —

Le cordon est situé à la partie postéro-interne de la hernie. Si dans la majorité des cas il reste normal et libre, il peut être complètement dissocié et ses éléments être enclavés dans la zone adhérente de la

hernie. C'est ce qui s'est rencontré dans une de nos observations.



Hernie par glissement de l'S iliaque :
Le feuillet antérieur du méso a été pendu
pour montrer les vaisseaux accolés au
feuillet postérieur.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le gros intestin est rarement seul dans une hernie; aussi la plupart des signes donnés par les auteurs sont-ils un peu théoriques. *A fortiori* sont-ils insuffisants s'il s'agit de préciser si c'est bien à une hernie par glissement que l'on a affaire. Il s'agit le plus souvent d'hommes adultes qui portent déjà leur hernie depuis plusieurs années. M. Charnois dans sa thèse insiste sur la brusquerie du début de ces hernies qui atteignent d'emblée un volume considérable et dont l'irréductibilité se montre dès le début. Tous les malades que nous avons interrogés à ce sujet nous ont appris au contraire que leur hernie s'était développée progressivement. Au début ils la réduisaient facilement, puis peu à peu la hernie est devenue irréductible, du moins en partie. Ce que nous savons de la pathogénie nous explique ce phénomène. L'irréductibilité n'est jamais absolue comme dans ces hernies avec adhérences inflammatoires. Le plus souvent on arrive bien à réduire une partie de la hernie, mais il reste toujours une portion d'intestin que l'on ne peut réduire. Ce dernier caractère est un *bon signe de hernie par glissement* : la partie que l'on ne peut réduire est précisément celle qui adhère par son méso.

Le pédicule est toujours très gros et l'orifice inguinal admet facilement un doigt, parfois deux.

La percussion donne des zones de sonorité alternant parfois avec des zones mates lorsqu'il y a existence d'épiplocèle ou que l'anse herniée contient des matières.

M. Bugar cite des cas où à la palpation on percevait une mollesse pâteuse gardant l'empreinte de doigt, due à la présence de matières fécales d'augmentation de volume précédant la défécation (*M. Campenon*), les modifications subies par la hernie après un lavement d'eau ou de gaz, (*MM. Berard, Gériér, Desbordes*), l'examen radiographique après injection de matières imperméables aux Rayons X (*Morestin*), l'absence d'une portion du gros intestin à sa place normale ; tels sont les signes qui permettent d'affirmer que l'on a affaire à une hernie du gros intestin. Cependant lorsqu'un malade se présentera porteur d'une hernie adhérente et que dans son histoire on ne retrouvera pas de poussées inflammation du côté de sa hernie il est probable qu'il s'agira de hernie par glissement.

COMPLICATIONS

Il n'en est pas de particulières aux hernies qui nous occupent, elles sont communes à toutes les hernies adhérentes.

L'irréductibilité prédispose à l'engouement. L'étranglement quand il s'observe est dû à l'anneau inguinal ou à une anse surajoutée. Il se traduit par les mêmes symptômes péritonéaux. Les signes locaux varient un peu, tout d'abord l'irréductibilité reste ce qu'elle était avant l'étranglement. Le pédicule est moins douloureux que dans les entéroécèles étranglées. Le gros intestin dessine ses bosselures sous la peau. Dans certains cas l'étranglement porte sur une anse grêle comprimée par le gros intestin. On conçoit que dans ce cas le diagnostic soit presque impossible.

Appendicite herniaire. — La situation du cœcum dans une hernie doit favoriser la production de l'appendicite. Il est vraisemblable, comme le dit Chamois, que le trouble apporté par la hernie à la circulation intestinale crée pour l'appendice un *locus minoris resistentiæ* grâce auquel les concrétions fécales qui normalement eussent été bien tolérées vont déterminer des phénomènes inflammatoires. Les symptômes ne diffèrent pas de ceux de l'étranglement sauf que le pédicule n'est pas douloureux.

TRAITEMENT

Les indications opératoires sont celles de toute hernie. Nous dirons même qu'elles sont plus impé-

rieuses que pour une hernie banale. Beaucoup de hernieux peuvent encore avec un bon bandage mener une vie active ; pour le malade atteint de hernie par glissement il ne peut être question de bandage. Si sa hernie se réduit, c'est presque toujours d'une façon incomplète.

En outre, l'opération ne doit pas être différée. Chez les cinq malades qui font le sujet des observations prises dans le service de M. le Professeur Berger la hernie avait augmenté progressivement de volume et au point de vue de la récurrence le pronostic doit toujours être réservé chez les porteurs de volumineuses hernies dont la paroi s'est affaiblie sous la pression constante qu'elle supporte et qui la sape pour ainsi dire. Refaire une bonne paroi étant selon nous l'unique but à atteindre dans ces hernies, il est indiqué de ne pas attendre pour opérer que l'anneau inguinal sont devenu trop large.

Les contraindications n'ont rien de particulier à ce genre de hernie. Ce sont l'âge avancé, le mauvais état général ; il est évident que ces individus dont « le ventre est effondré et pendant, et dont la hernie est devenue la cavité abdominale » selon l'expression de M. Morestin, ne doivent pas être opérés.

Étant donnée une hernie par glissement quelle opération doit-on lui opposer ?

La variété des cas qui se présentent ne permet pas d'exposer une technique opératoire unique.

Après avoir exposé deux procédés récents, celui de M. Morestin et celui de M. Savariaud, qui tous deux

s'appuient sur la pathogénie et l'anatomie pathologique, nous considérerons les différents cas qui peuvent se présenter et l'opération qu'on peut leur opposer.

Procédé de M. Savariaud.

Retournement du sac.— Ce procédé est basé sur ce fait que le sac herniaire n'est autre qu'un méso retourné, dès lors pour rétablir le méso il suffira de retourner le sac.

L'opération si ingénieuse de M. Savariaud comprend deux temps.

1^o Dissection préalable du sac de l'intestin et des vaisseaux que l'on sépare des organes voisins.

2^o Retournement du sac.

Voici la description que donne M^r Savariaud de ce second temps :

« Pour retourner le sac certaines conditions doivent être remplies. Il faudra d'abord que la dissection du sac, de l'intestin et de ses vaisseaux soit poussée très loin jusque dans la fosse iliaque ; pour cela il est nécessaire de débrider très largement la région inguinale peut-être jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Ce débridement aura deux avantages : d'abord il permettra de pousser la dissection très haut ; ensuite il permettra au collet de la hernie déjà très large de se laisser dilater encore plus, de façon à prendre la forme d'un entonnoir à base

supérieure ce qui est indispensable pour permettre le retournement du sac et de l'intestin.

On termine en refermant le sac par quelques points séparés sans rien réséquer de ce sac. Le moment est venu de faire le retournement si le collet est bien dilaté, si le malade est dans la résolution musculaire complète (il faut éviter qu'il ne pousse) à plus forte raison si le malade est en position déclive tête en bas.

Il me semble que la moindre pression sur le fond pu sac doit permettre sa réduction par le mécanisme du retournement.

Une fois celui-ci amorcé on saisira l'intestin avec une pince et on le portera avec cette pince le plus loin possible dans la cavité abdominale.

Que devient l'intestin ainsi réduit ? Ne va-t-il pas présenter une coudure, une torsion quelconque ?

On peut être rassuré à cet égard et l'effet du retournement est tout simplement merveilleux en ce sens qu'il rétablit la disposition première de l'S iliaque. Ouvrons le ventre pour nous rendre compte et nous trouverons tout en état : l'S iliaque flotte au bout de son méso comme s'il n'avait jamais été au fond des bourses, énucléé de son enveloppe séreuse. Sur le feuillet antérieur de son méso on reconnaît les points de suture qui ont servi à recoudre le sac. Reste à oblitérer la région inguinale et à reconstituer la paroi par un procédé quelconque. »

Procédé de M. Morestin.

Mésoplastie, mésocolopexie. — M. Morestin au 2^e Congrès international de médecine (Paris 2-9 août 1900) décrit un nouveau procédé de traitement des hernies inguinales par glissement. L'intervention comprend plusieurs temps :

1^o Mise à nu de l'orifice inguinal, débridement en dehors de cet orifice dans le sens des fibres du grand oblique. Ouverture du péritoine au niveau du trajet inguinal.

On s'épargne ainsi tout tâtonnement dans la recherche du sac et tout ennui du côté de l'intestin ;

2^o Libération de celui-ci par voie de décollement ;

3^o Incision, soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque ;

4^o Réfection du mésocolon et fixation l'un à l'autre de ses deux feuillets à l'aide d'un grand nombre de sutures à la soie fine, soit à points séparés, soit en surjets disposés en ligne radiée dans les intervalles des vaisseaux, fixation de la base du méso à l'aponévrose iliaque à la partie la plus reculée de la fosse iliaque ;

5^o Suture de la plaie abdominale ;

6^o Réfection soignée de la paroi au niveau du trajet inguinal.

Comme on le voit par cette description M. Savariaud réduit, M. Morestin fixe. Les deux procédés se complètent. Cependant nous basant sur les observations qui vont suivre nous nous permettrons de faire à ces procédés quelques objections.

Tout d'abord M. Savariaud s'élève contre la résection du sac ou du moins de sa portion avasculaire. Pour cet auteur cette résection n'aboutirait qu'à rapetisser le volume du sac, à couder un peu plus l'intestin sur lui-même, à le prédisposer à l'occlusion. En tous cas la hernie ayant ainsi son sac diminué de volume est encore plus difficile à réduire et n'en persiste pas moins. La résection du sac étant le moyen le plus sûr dont nous disposions pour éviter la récurrence, il nous semble imprudent de ne pas la pratiquer toutes les fois que l'on ne fixe pas l'intestin par un procédé quelconque. Nous avons vu que dans ces hernies le sac est formé par le feuillet antérieur privé de vaisseaux du mésocolon : que c'est ce feuillet qui en s'allongeant, se distendant, est venu constituer un sac incomplet il est vrai, mais qui réduit dans l'abdomen tendra à former un diverticule dont l'intestin pourra se coiffer pour faire une nouvelle hernie.

Quant au retournement du sac et à la réfection d'un méso artificiel il est souvent impossible de l'effectuer. Chez le malade qui fait le sujet de l'observation 2, M. Berger a essayé de ramener l'S iliaque dans l'abdomen en exerçant des tractions sur le mésocolon et il n'a pu y parvenir. C'est pour ces

cas que la résection du sac suivie de sa fixation à la Barker nous paraît le seul mode de traitement. Enfin nous nous permettrons de reprocher au procédé de M. Savariaud de ne pas tenir suffisamment compte des récidives. Car s'il est vrai qu'il remet l'anse intestinale à sa place normale il n'est pas démontré qu'elle y restera. C'est à ce reproche que répond l'opération de M. Morestin qui nous semble rationnelle à plus d'un point de vue. Elle est applicable dans un certain nombre de cas.

Dans les observations qui suivent et dont cinq ont trait à des malades restés guéris après plusieurs mois on a eu recours à la simple résection du sac fixé à la Barker et suivie d'une réfection soignée de la paroi.

Mettant à part les cas d'étranglement nous proposons deux procédés qui répondent à tous les cas.

1° La colopexie.

2° La résection du sac fixé à la paroi selon la méthode de Barker suivie d'une réfection soignée de la paroi selon la technique que M. Berger emploie toujours dans ces cas.

1° *Colopexie-mésocolopexie.* — *Indications.* — Cette opération est indiquée chez les sujets jeunes exerçant un métier pénible lorsqu'on arrivera facilement à décoller le sac jusque dans la fosse iliaque et que l'on pourra repousser avec une pince l'intestin dans le ventre.

2° *Résection et fixation du sac.* — Elle sera indiquée lorsque l'on n'aura pu poursuivre le décolle-

ment au-dessus de l'orifice inguinal ; que le sujet est âgé ou que son état général ne lui permet pas de supporter une opération trop longue.

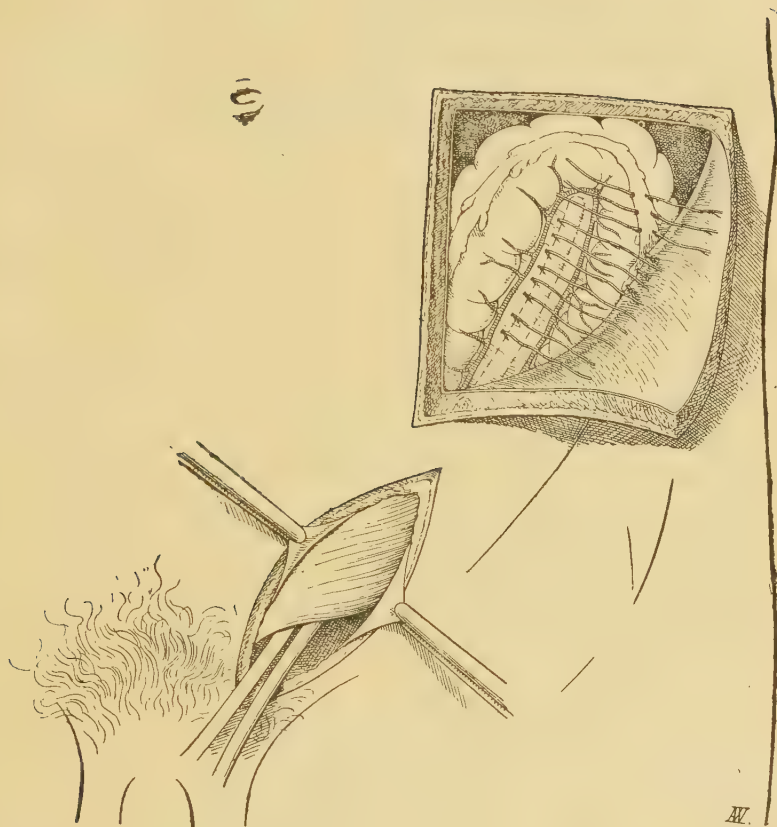
1° *Colopexie-mésocolopexie.*

Le procédé que nous allons exposer ne diffère que par des détails de l'opération de M. Morestin. Lorsqu'au moyen de l'incision inguinale on aura mis à nu la hernie ; on décollera le sac et on poursuivra ce décollement le plus haut possible.

On pratiquera alors une incision abdominale parallèle aux fibres du grand oblique. Cette incision est limitée en haut par un plan passant un peu au-dessous de l'ombilic et en bas s'arrêtera à trois ou quatre centimètres de l'incision inguinale.

Au moyen d'une pince longette légèrement courbe que l'on introduit au niveau de l'incision inguinale on repousse l'anse iliaque jusqu'à ce qu'elle apparaisse dans l'incision supérieure (*Voy. Fig.*) Les mors de la pince sont vus par transparence à travers le méso.

On passe des points de suture à travers le méso,



Opération de colopexie et de mésocolopexie. Une pince introduite par l'incision inguinale a refoulé l'anse herniée dans l'abdomen jusqu'au niveau de l'incision supérieure. Les mors de la pince sont vus par transparence à travers le méso-côlon. Des fils traversent toute l'épaisseur du méso dans la partie avasculaire et sont passés ensuite à travers la paroi abdominale antérieure. D'autres fils unissent la bande longitudinale du côlon à la paroi.

dans l'intervalle des vaisseaux que l'on voit bien par transparence et le plus près possible de l'intestin, puis on ramène un des chefs à travers la paroi abdominale. On fixe de même la bande longitudinale du colon à la paroi par plusieurs points.

2° Résection du sac. — BARKER

Cette opération est celle que l'on aura à pratiquer le plus souvent. Comme le sac n'est pas toujours très volumineux, l'incision doit être prudente et porter toujours à la partie antérieure et assez haut, car même lorsque le sac est rudimentaire c'est dans cette région-là qu'on le trouvera. L'incision devra néanmoins se faire plan par plan, pour éviter de blesser l'intestin.

Lorsqu'on est arrivé au sac, on procède comme pour une hernie ordinaire. On isole des éléments du cordon et des tissus voisins. Ce décollement est la principale difficulté que présentent ces hernies. On devra procéder avec lenteur : *le doigt armé d'une compresse, jamais de ciseaux, décollera sans arracher toutes les adhérences qui retiennent l'intestin.*

Nous avons vu que ces adhérences abritent les vaisseaux nourriciers, aussi ne faudrait-il pas insister si le décollement offrait de trop grandes difficultés. Outre l'hémorrhagie qui résulterait d'un arrachement vasculaire, on s'exposerait à sphacéler l'intestin. Dans toutes nos observations ce décollement

a été facile, du moins dans la portion scrotale et funiculaire de la hernie; les adhérences commençaient au niveau de l'anneau inguinal externe. Le décollement du sac doit se poursuivre très loin jusque dans la fosse iliaque.

C'est pour cela que M. Terrier recommande de prolonger l'incision et de faire une hernio-laparotomie. On procède ensuite à la ligature de toute la portion avasculaire du sac le plus haut possible, puis on sectionne au ras de la ligature. Le moignon est alors refoulé dans l'abdomen et fixé selon le mode de Barker.

On peut alors fixer une ou plusieurs franges épiploïques à la paroi abdominale. Mais ici le temps le plus important est la réfection de la paroi. Dans toutes nos observations nous avons noté la faiblesse des plans musculo-aponévrotiques. La méthode de Bassini nous paraît la plus avantageuse, mais elle n'est pas toujours suffisante. Lorsque le grand oblique est faible et dissocié le petit oblique mince est peu résistant, le tendon conjoint à peine marqué, nous conseillons d'utiliser les seuls éléments résistants de la région : l'arcade crurale et la gaine du droit. On réunira donc la partie interne de l'arcade de Fallope à la gaine du droit par un ou plusieurs points en V. Le tendon conjoint pourra de même être suturé à l'arcade crurale sur toute l'étendue. Cette pratique que M. Berger a employée chez plusieurs malades lui a donné des résultats durables (Voir Obs.).

Dans les hernies de l'appendice nous conseillons de l'extirper de parti pris, même s'il ne paraît pas malade. Cette ablation loin de compliquer l'opération la simplifie et facilite la réduction.

Hernie étranglée.

Lorsque l'anse étranglée est saine et ne présente aucun signe de sphacèle on la réduira et on refera une paroi solide. Si au contraire l'intestin est malade on se contentera de débrider l'anneau inguinal quitte à refaire plus tard une opération plus curative.

Procédé de Julliard.

M. Julliard a préconisé au Congrès de Chirurgie de 1895 de pratiquer la résection de l'anse herniée suivie d'une entérorraphie circulaire. M. Lambret de Lille a suivi en 1899 la technique de M. Julliard. L'opéré de M. Julliard et celui de M. Lambret ont parfaitement guéri. Il nous semble cependant que cette opération grave et par trop radicale ne doit être pratiquée que si l'on ne peut faire autrement. Il peut arriver qu'au cours du décollement des adhérences, le chirurgien, malgré toutes ses précautions, arrache plusieurs vaisseaux nourriciers. Cette menace de sphacèle est, selon nous, la seule indication de la résection de l'anse herniée.

Dans le cas d'étranglement, lorsque le malade est dans un état grave, il serait préférable de débrider l'agent de l'étranglement et de laisser l'anse adhérente hors du ventre la couvrant simplement avec le tissu cellulaire et la peau de la région. Le malade sera simplement guéri de son étranglement, mais non de la hernie.

Anus contre nature. — Si les lésions que l'on trouve sur l'intestin étranglé sont avancées, il sera plus prudent de pratiquer l'anus contre nature que de soumettre le malade à la résection intestinale.

*Procédé de M. Jaboulay pour les hernies du
cæcum par bascule,*

Ce que nous avons dit des différents modes de traitement s'appliquent à toutes les hernies par glissement. Mais il est certaines hernies du cæcum qui outre le mécanisme du glissement reconnaissent pour cause une véritable bascule (*Voir Pathogénie*). C'est pour elles que M. Jaboulay conseille de redresser d'abord le cæcum en lui imprimant un mouvement de bascule de haut en bas et d'avant en arrière. La réduction est d'ailleurs souvent impossible sans cette manœuvre qui fait refaire à l'intestin le même chemin qu'il a parcouru mais en sens inverse.

OBSERVATION I (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur BERGER).

Hernie par glissement du cœcum et de l'appendice.

G.... Aristide, 52 ans, journalier. Maison départementale de Nanterre.

Entre à Beaujon le 15 juin 1903, en ressort le 31 juillet.

Enorme hernie du cœcum avec l'appendice, complètement extra-péritonéale. *Récidive* (la première opération avait été faite en province).

Cure radicale le 1^{er} juillet.

Adhérence intime du sac avec la cicatrice et ses environs, avec le petit oblique.

Isolement très pénible des éléments du cordon qui sont dissociés ; l'artère spermatique paraît intacte. On met une ligature latérale sur les veines qui l'accompagnent.

Le sac renferme de nombreux organes ; une grande partie du colon transverse, de l'intestin grêle, tout le cœcum, mais l'adhérence méso-cœcale ne descend pas au-delà du collet.

Réssection du sac au ras des adhérences.

Suture en surjet du sac.

Isolement très haut du péritoine dans le ventre.

Fixation du sac à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade selon la méthode de Barker.

On laisse l'appendice intact dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Réunion par des points en V du petit oblique, de l'arcade dans la partie supérieure, puis du tendon conjoint à l'arcade dans tout le reste de l'étendue. On termine l'opération par la méthode de Bassini. Drainage sous-péritonéal et superficiel par deux tubes.

L'opération a été faite dans l'inversion. Elle fut longue, difficile. Il y eut beaucoup d'écoulement de sang. Durée 1 heure 1/4. Les suites furent normales : il n'y eut ni suppuration ni élimination de fils. Le malade paraissait guéri à sa sortie. Il ne s'est pas représenté dans le service.

OBSERVATION II (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Berger).

Grosse hernie inguinale gauche scrotale par glissement contenant l'S iliaque. Petite hernie inguino-scrotale droite.

P... Emile, 35 ans. Employé de commerce.

Entre à Beaujon le 7 février 1901, en sort le 8 mars.

Grosse hernie scrotale gauche de l'S iliaque adhérente par glissement avec grande quantité d'épiploon adhérent.

Cure radicale le 14 février 1901. Anneau très large. Le sac

s'isole aisément du crémaster qui est puissant et des éléments du cordon. Le sac est extrêmement mince. L'épiploon adhère au fond du sac. On excise en deux pédicules une assez grosse masse d'épiploon.

On trouve alors l'S iliaque adhérent par son insertion mésocolique à la partie supérieure du sac au-dessus de l'anneau inguinal. On pédiculise à ce niveau le sac au ras de l'intestin ; le pédicule du sac avec l'adhérence méso-colique est refoulé en haut dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et y est fixé par une suture à la manière de Barker, traversant la paroi abdominale au-dessus du trajet inguinal. Suture très soignée du petit oblique, du tendon conjoint et de la gaine du droit à l'arcade de Fallope. Suture du grand oblique à la soie. Suture superficielle aux crins de Florence.

Suintement assez abondant. Pas de suppuration.

Suites normales.

OBSERVATION III (Inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur BERGER.

Hernie inguino-scrotale gauche par glissement contenant l'S iliaque.

M... Charles, 47 ans. Garçon de restaurant.

Entre à Beaujon le 27 avril 1903, sort le 19 juin.

Enorme hernie inguino-scrotale gauche réductible, mais avec soupçon d'adhérences épiploïques. Anneau large admettant deux ou trois doigts. Indépendante du testicule.

Rien à droite,

Cure radicale le 4 mai 1903.

On tombe sur une très grosse hernie inguino-scrotale gauche paraissant réductible. L'aponévrose du grand oblique est dissociée. Isolement facile des éléments du cordon.

Dès qu'on incise le sac, on constate l'adhérence totale par glissement de l'anse iliaque.

1° Immédiatement après la libération du sac faite le plus haut possible, on continue l'incision trois travers de doigts au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Incision du grand oblique suivant la ligne commencée. Dissociation du petit oblique et du transverse. Ces deux muscles sont réclinés avec des crochets. Incision du péritoine : on trouve immédiatement l'S iliaque. *La traction pratiquée sur cet intestin dans le ventre ne paraît pas favoriser la réduction de la partie de l'anse qui est contenue dans le sac, mais en tirant sur le méso-colon iliaque très près du sac on peut attirer l'intestin en haut.* Deux fortes franges épiploïques sont alors passées au travers du péritoine, du petit oblique et du transverse le plus haut possible et sont fixées par trois points de suture à la soie dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Avant de fermer l'incision péritonéale deux autres franges graisseuses de l'S iliaque sont inclinées dans l'incision péritonéale et fixées à l'aponévrose du transverse.

On ferme alors l'incision péritonéale et on réunit, plan par plan, les incisions du transverse, du petit et du grand oblique.

2° *Cure radicale.* — Les adhérences ne permettent de rien réséquer du sac.

Fixation à l'arcade de Fallope du petit oblique du tendon conjoint et du tendon du droit sur toute la longueur (très serrée).

Resserrement de l'orifice de sortie du cordon. Suture du petit oblique à la partie supérieure de l'arcade par plusieurs points de suture en V au-dessus de l'émergence du cordon dans toute la partie supérieure de l'incision ; au-dessous la réunion est faite comme de coutume par six ou sept points à la soie forte entre le tendon conjoint, la gaine du droit et l'arcade de Fallope.

Drainage.

Opération très difficile.

Le 8 mai, on défait le pansement. On constate un peu de lymphangite autour de la plaie. On enlève deux points de suture. Il s'écoule un peu de sérosité purulente. On draine.

Le suintement cesse presque aussitôt. La réparation se fait en moins de quatre semaines et la réunion est complète sans élimination de fils. Dans cette opération comme dans toutes, les sutures, sauf celles du *fascia superficialis*, ont été faites à la soie.

OBSERVATION IV (Inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur BERGER,

Hernie par glissement du cœcum et de l'appendice.

K..., Charles, 54 ans, tapissier.

Entre à Beaujon, le 14 octobre 1901, sort le 29 novembre.

Grosse hernie paraissant partiellement irréductible et incoercible.

Cure radicale le 25 octobre.

Grand oblique assez faible, petit oblique médiocre, tendon conjoint presque nul. On tombe presque aussitôt sur un sac qui paraît renfermer uniquement de l'épiploon dont on isole facilement le canal déférent et très difficilement les éléments vasculaires qui présentent des anastomoses avec le sac.

Le sac au niveau où on l'ouvre est constitué par un kyste sacculaire sans aucune communication avec la cavité péritonéale.

Le sac véritable, renfermant des parties irréductibles, est en continuité avec ce kyste. On l'incise, on y trouve l'appendice souple mais inséré par son méso jusqu'au fond du sac, et le cœcum adhérent à la paroi interne du sac.

Résection de l'appendice ; enfouissement.

Le sac fendu dans toute sa hauteur est resserré et réduit le plus possible par un surjet très serré qui le ferme et en supprime la cavité ; il est libéré des adhérences celluleuses, refoulé très haut dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et fixé, à la manière de Barker, par un point de suture qui traverse toute l'épaisseur de la paroi, péritoine excepté, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Suture du petit oblique, du tendon conjoint et du bord du droit à l'arcade de Fallope.

Le reste de l'opération s'achève comme d'ordinaire. On emploie les agrafes de Michel pour la réunion de l'incision cutanée.

Opération laborieuse dure 1 h. 1/4. Suites normales, Réunion par première intention.

OBSERVATION V (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur BERGER).

*Hernie inguinale gauche, adhérence par glissement de l'S iliaque
avec pointe de hernie directe.*

J... Alfred, 45 ans, maître d'hôtel.

Entre à Beaujon le 27 janvier 1902, en sort le 21 février

A été opéré, le 31 décembre, d'une hernie inguinale droite.

Cure radicale de la hernie gauche le 31 janvier.

Alcoolique. Chloroforme difficile. Grand oblique insuffisant.

Petit oblique et tendon conjoint forment un plan faible mais bien constitué.

Au-dessous hernie de faiblesse directe refoulant le *fascia transversalis* et sortant sur toute la longueur du trajet inguinal, se continuant en dehors des vaisseaux épigastriques avec une hernie oblique externe très adhérente au cordon.

Le sac est ouvert, pédiculisé, lié et réséqué, mais la suture du pédicule lâche; il faut ressaisir le péritoine qui s'est rétracté dans le ventre pour en faire la réunion par une suture en bourse. La hernie renfermait une adhérence par glissement de l'S iliaque du colon. Les adhérences du méso iliaque sont libérées, et l'intestin refoulé dans le ventre, où il est maintenu par la fixation du pédicule du sac à la paroi (procédé de Barker).

Sur toute la longueur du trajet inguinal, la hernie directe

que fait le péritoine au travers du plan profond, est transformée en un bourrelet plein par une suture en surjet au catgut, qui remonte jusqu'à l'artère épigastrique.

Bassini classique, catguts superficiels, crins de Florence, pas de drainage.

Opération difficile à cause du chloroforme et de l'adhérence par glissement. Suites nulles, réunion complète par première intention.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. ALGLAVE. Service de
M. le Professeur TERRIER).

Hernie inguinale droite étranglée contenant la pointe du cœcum et l'appendice entièrement extra-péritonéal, plus une anse grêle sur laquelle portait l'étranglement.

Le nommé Nicolas L..., âgé de 73 ans, exerçant le métier de menuisier, entre le 1^{er} mars 1902 dans le service de M. le professeur Terrier, salle Michon, pour une hernie qui a débuté il y a quinze ans à la suite d'un grand effort. La hernie qui siège dans la région inguinale droite a la grosseur d'un œuf de poule. Au début elle était à peine grosse comme une noix et a augmenté peu à peu. La hernie facilement réductible se maintenait réduite sous le bandage que le malade portait toujours.

Pendant ces quinze années le malade eut à différentes repri-

ses de violentes coliques intenses surtout dans la région de la hernie qui durent parfois pendant plusieurs heures.

Le 21 février dernier, après une violente quinte de toux, la hernie devint douloureuse, plus volumineuse, et absolument irréductible. Les douleurs durèrent cinq jours et la hernie restait toujours irréductible.

Dans la nuit du 26 au 27 février les douleurs augmentèrent et le malade vomit abondamment des aliments et des matières verdâtres chargées de bile.

Pendant trois jours, du 27 février au 1^{er} mars, les vomissements ne cessèrent pas et le malade remarqua l'arrêt absolu des matières et des gaz.

Le malade est amené dans cet état à l'hôpital. A son arrivée la douleur qu'il accuse est très vive ; il se tient courbé pour souffrir moins.

La hernie a le volume du poing ; elle est sonore à la percussion, irréductible et douloureuse au niveau de son pédicule.

Le malade est opéré d'urgence par M. Algave.

Opération. — Le sac qui descend jusqu'à la partie moyenne du cordon est ouvert sur son côté *interne* ; il contient un peu de liquide séreux de coloration foncée.

L'étranglement a porté sur *une anse grêle* mais cette anse a peu de lésions et elle peut être réduite facilement.

La dissection du sac est facile en dedans. En dehors le sac adhère assez étroitement aux éléments du cordon.

La paroi interne et antérieure du sac est formée par le péritoine.

La paroi postérieure et externe est incomplète ; elle est formée de deux segments : un inférieur péritonéal, un supérieur

formé par la pointe du cœcum et l'appendice dont la situation est extra-péritonéale.

L'appendice est enlevé avec le sac herniaire et le moignon est enfoui. Pour libérer le moignon de la partie restante du sac on coupe celle-ci de chaque côté de l'appendice et jusqu'à la pointe du cœcum. On rapproche les deux lèvres de la section et on ferme ainsi en arrière la portion restante de sac. Le moignon appendiculaire ainsi libéré a été enfoui, le sac fermé et réduit. On complète en relevant et fixant le sac selon le procédé de *Barker*.

La paroi postérieure est soigneusement refaite suivant le procédé de *Bassini*.

Le malade sort le vingt-et-unième jour complètement guéri.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Alglave. Service de M. le Pr. TERRIER).

Hernie inguinale droite par glissement du cœcum et de l'appendice avec hydrocèle.

Le nommé S., Jean, 40 ans, charbonnier, entre le 28 février 1903, dans le service de M. le Professeur Terrier.

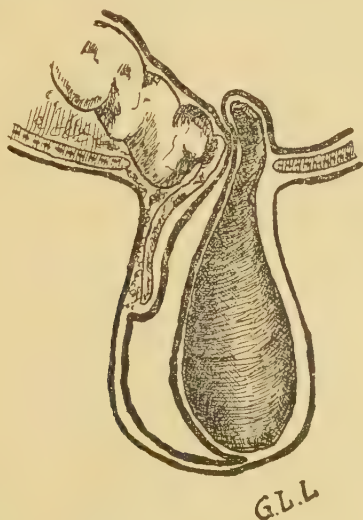
Il y a huit ans, après avoir soulevé un fardeau, le malade s'est aperçu de l'existence d'une hernie de la grosseur d'une noisette. Elle a augmenté progressivement jusqu'à atteindre le volume du poing qu'elle présente actuellement. Le malade n'a jamais porté de bandage et n'a jamais eu d'accidents d'étranglement.

Actuellement la hernie est imparfaitement réductible. L'anneau inguinal est large admettant presque deux doigts.

Le malade est en outre porteur d'énormes paquets variqueux du volume du poing sur la face interne du mollet.

Opération. — Le malade est opéré le 7 mars 1903 par M. Alglave.

Incision longue de 10 à 12 centimètres dans la direction du trajet inguinal. On trouve un *premier sac étendu sur toute la hauteur du cordon mais ne contenant que du liquide*. En introduisant le doigt dans le sac on constate qu'il est *fermé à sa partie supérieure* : le doigt est arrêté : C'est une *hydrocèle dans un canal péritonéo-vaginal oblitéré seulement dans sa partie toute supérieure* (Voir figure).



A la partie interne se trouve une hydrocèle qui remonte jusqu'à l'orifice inguinal interne. Cette hydrocèle incisée fut prise pour le sac.

En dehors on trouve un sac complet et vide : Dans les parois de ce sac, à la partie toute supérieure l'appendice et la pointe du cæcum apparaissent. Ils sont extrapéritonéaux.

A côté il existe un deuxième sac situé derrière le cordon ; ce sac est *incomplet* formé seulement de péritoine à sa partie antérieure. La partie postérieure est formée par le cæcum et l'ap-

pendice qui sont extra-péritonéaux. Résection de la plus grande partie de cette paroi antérieure. Fermeture du péritoine ; réduction du cœcum et de l'appendice. Pédicule relevé à la Barker. Fermeture de la paroi par le double plan Bassini-Phelps. Résection d'une partie de la vaginale et retournement d'icelle.

Le malade sort guéri le 5 avril 1903.

Revu trois mois après, son état est aussi satisfaisant que possible. Pas d'impulsion à la toux.

OBSERVATION VIII (inédite).

Due à l'obligeance de M. DUJARIER.

Hernie inguinale droite contenant le cœcum.

Herm... Albert, âgé de 51 ans, entre le 6 janvier 1904 dans le service de M. le professeur Terrier, salle Michon.

Il présente deux bourses très volumineuses. A droite on constate la présence d'une volumineuse hernie inguinale presque totalement réductible. Cette hernie a débuté à l'âge de 25 ans, et le malade n'ayant jamais porté de bandage elle a augmenté jusqu'à atteindre le volume actuel qui est celui du poing. Après réduction, la hernie se reproduit très facilement. Jamais d'étranglement. L'orifice inguinal admet facilement l'index.

A gauche le malade est porteur d'une volumineuse hydrocèle, fluctuante, transparente, avec un prolongement supérieur atteignant presque l'orifice inguinal. Le début de cette hydrocèle est très ancien mais, c'est récemment qu'elle a acquis un gros volume.

Le malade présente l'aspect le plus florissant, il est gras et bien musclé, et sa paroi abdominale paraît solide.

Opération le 13 janvier par M. Dujarier. A droite incision abdominale suivant le trajet inguinal. Incision de l'aponévrose du grand oblique ; on ouvre un sac incomplet et on constate une hernie du cœcum par glissement. La portion d'intestin dépourvue de péritoine glisse assez facilement sur les plans profonds. *On refait le méso par un surjet qui péritonise* la partie postérieure du cœcum et on réduit le tout facilement en mettant le malade en position déclive. Extirpation de ce qui reste du sac, fermeture du péritoine. On refait la paroi en deux plans à la soie, tous les deux en avant du cordon : l'un constitué par le bord inférieur du petit oblique et du transversé suturé au bord postérieur de l'arcade ; l'autre par l'aponévrose du grand oblique.

Suture de la peau aux crins de Florence. Drains.

Du côté gauche on pratique l'éversion de la vaginale.

Durée de l'opération : 45 minutes.

Suites normales.

Le drain est enlevé le deuxième jour. Les fils le huitième. Le malade quitte le service guéri le trente-et-unième jour.

OBSERVATION IX

(G. GROSS. *In Arch. prov. de médecine*).

Hernie inguinale droite étranglée contenant le cœcum. Kélotomie sans réduction.

Louis L..., manouvrier, âgé de 53 ans, entre le 13 janvier 1901, à 3 heures de l'après-midi, dans le service de M. le professeur Weiss, salle III, lit 16, avec le diagnostic hernie étranglée. Je le vois une heure plus tard ; il nous apprend que

depuis 10 ans il est porteur d'une hernie inguinale droite en partie irréductible. Deux fois déjà cette hernie aurait présenté des accidents d'étranglement, qui cédèrent au taxis. Depuis 8 ans, le malade porte un bandage.

Depuis 24 heures, sa hernie est irréductible, douloureuse; vomissements abondants; ni selle, ni gaz.

Le malade qui est un homme vigoureux, présente un facies anxieux; la respiration est courte; pas de température, pouls petit et rapide (100).

A l'examen local, on trouve une hernie inguinale droite, du volume d'une mandarine, à surface bosselée, douloureuse, tendue, irréductible, sonore à la percussion, sauf en un point où elle est mate.

Diagnostic. — Hernie inguinale étranglée, peut-être du gros intestin.

L'opération est pratiquée d'urgence, avec l'aide de M. Gœpfert, interne du service, sous l'anesthésie chloroformique. Incision cutanée, sur le long diamètre de la tumeur; incision des plans sous-jacents. A l'extrémité inférieure de l'incision, on tombe directement sur le cœcum, distendu, très congestionné, couleur lie de vin, avec en avant l'appendice turgescent. Le cœcum est libre dans sa partie inférieure, sous-appendiculaire, tandis qu'en avant et au-dessus de l'appendice on trouve un double feuillet péritonéal, un sac vide, sans intestin grêle. En arrière, le cœcum est réuni aux enveloppes scrotales par des adhérences très courtes, très denses contenant des vaisseaux très dilatés, certains atteignant presque le calibre d'une radiale; c'est le mésocœcum.

L'intestin hernié est distendu par des gaz, sonore à la percussion.

Après avoir débridé en haut l'anneau inguinal très serré et avoir constaté qu'au niveau de l'étranglement il n'existe aucune lésion contrindiquant la réduction, j'essaie de libérer les adhérences cœcales d'avec la paroi scrotale. Je m'aperçois vite que cette libération est impossible : aucun plan de clivage n'est trouvé. A la moindre tentative de décollement, les vaisseaux contenus dans ces adhérences se déchirent et saignent abondamment. Après bien des hésitations, je me résous à laisser la hernie en place, faisant ainsi une *kélotomie sans réduction*, ni cure radicale.

Deux plans de sutures recouvrent le cœcum, le premier à la soie fine, sur les plans celluloux, le second cutané, au crin de Florence ; pas de drainage.

Suites opératoires apyrétiques et simples.

Dans la nuit, le malade rendit quelques gaz.

Une selle le deuxième jour.

Les fils furent enlevés le huitième jour ; réunion par première intention. Sortie du service le 8 février. Le malade porte un suspensoir bien garni de coton. Revu le 25 mars, ne souffre plus et se déclare satisfait.

OBSERVATION X

(G. Gross. In *Arch. prov. de médecine*).

Hernie inguinale droite contenant le cœcum. Cure radicale.

Jean C..., mécanicien, âgé de 62 ans, entre le 7 mars 1901, dans le service de M. le professeur Weiss, salle III, lit 1. Le malade nous dit que depuis dix ans il est porteur d'une hernie

à gauche ; cette hernie bien maintenue par un bandage, ne l'a jamais gêné.

Il y a 8 jours seulement, il vit apparaître une hernie à droite ; cette hernie lui occasionne des douleurs ; elle est irréductible ; mais le malade ne présente aucun symptôme d'étranglement ; selles régulières.

A l'examen, nous constatons, outre une petite hernie, parfaitement réductible à gauche, une hernie inguino-funiculaire à droite, irréductible, un peu douloureuse à la palpation, mate à la percussion. Le pédicule de la hernie est large.

Diagnostic. — Entéro-épiplocèle ou épiplocèle.

La cure radicale de cette hernie est faite le 11 mars, avec l'aide de M. Pruvost, interne de service, sous l'anesthésie chloroformique.

Incision cutanée et cellulaire. On tombe sur une masse grasseuse, dure, résistante, adhérente au sac. Incision du sac qui ne contient rien. En arrière de ce sac, on reconnaît le cœcum et son appendice. L'ouverture faite au sac et suturée par un surjet de soie fine. Le cœcum se laisse peut attirer ; il est intimement uni aux parois scrotales, en arrière, par des adhérences denses, contenant de nombreux vaisseaux. Ces adhérences, malgré toutes nos tentatives, ne peuvent être libérées, mais elles sont assez lâches pour permettre de réduire le gros intestin hernié dans le ventre. L'orifice inguinal est fermé par le procédé de Bassini. Suture de la peau sans drainage.

Suites opératoires apyrétiques et simples.

Une selle le troisième jour, après un cachet de calomel.

Le huitième jour, les fils sont enlevés ; réunion par première intention. Sortit le 2 avril. Revu le 15 mai, en bon état.

OBSERVATION XI

(G. GROSS. In. Arch. prov. de médecine).

Hernie inguinale gauche contenant l'S iliaque. Cure radicale.

Auguste S..., 57 ans, charpentier, entre le 26 juillet 1901, dans le service de M. le professeur Weiss, salle III, lit 5.

Malade vigoureux, obèse ; dit ressentir depuis quelques mois des troubles digestifs marqués (inappétence, constipation opiniâtre) et avoir constaté, il y a une quinzaine de jours seulement, la présence d'une hernie.

A l'examen local, on constate dans l'aîne, à gauche, une hernie inguinale du volume d'une mandarine, de consistance mollassse, pas très tendue, peu douloureuse, difficilement et incomplètement réductible, d'abord mate à la percussion, puis sonore le lendemain, après l'administration d'un purgatif.

Diagnostic. Hernie intestinale, vraisemblablement du gros intestin.

L'opération est pratiquée le 28 juillet par M. le professeur Weiss. Anesthésie au chloroforme. Incision cutanée. On trouve facilement le sac et, après l'avoir un peu libéré en avant, on l'incise. Il contient une anse de gros intestin adhérent très intimement en arrière à la paroi scrotale postérieure par un tractus épais et très vasculaire. Toute sa partie postérieure est extrasacculaire. Les adhérences sont difficiles à libérer, cependant

on arrive à les séparer d'avec la paroi scrotale et à réduire complètement l'anse herniée, après avoir posé quelques ligatures.

La brèche faite au sac, en avant, est fermée par une ligature, l'anneau obturé par deux points en U. Réunion sans drainage.

Suites opératoires apyrétiques, simples. Réunion par première intention. Le malade sort le 20^e jour, en parfait état.

OBSERVATION XII

G. GROSS (*in Arch. prov. de médecine*).

Hernie inguinale congénitale à droite, contenant le cæcum, l'appendice, le clon ascendant, le colon transverse. Cure radicale.

Louis P., 3 ans et demi, entre le 20 avril 1902, dans le service de M. le professeur Gross.

Depuis sa naissance, il présentait une hernie inguinale droite de la grosseur d'une noix ; la tumeur a augmenté continuellement depuis.

On constate à la région inguinale droite une tuméfaction du volume d'une grosse poire, nettement pédiculée, longue de 10 centimètres dans son grand axe, qui est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. On peut réduire facilement la her-

nie, mais elle se reproduit tout aussi facilement ; la réduction s'accompagne de gargouillement manifeste. Sonorité à la percussion. L'anneau inguinal est très large et peut admettre l'extrémité des deux doigts.

Diagnostic. Hernie intestinale, probablement du gros intestin.

L'opération est pratiquée le 1^{er} mai 1902, par M. le professeur Gross. Anesthésie au chloroforme.

Le sac est volumineux, très mince, adhérent. On le libère en avant, on l'incise et on constate qu'il contient le cœcum avec son appendice, le côlon ascendant, un peu de côlon transverse. L'appendice est très long, mais normal : il n'est pas réséqué.

L'intestin est réduit en grande partie, mais le cœcum et l'extrémité tout inférieure du côlon ascendant sont adhérents à la paroi scrotale postérieure par leur face postérieure qui est extra-sacculaire. Il s'agit donc d'une hernie par glissement. On sectionne cette adhérence à distance du cœcum, entre deux ligatures, et sur une petite étendue ; on peut alors réduire l'intestin.

Le sac est réséqué en partie après ligature latérale.

Restauration de la paroi très difficile, étant donné la mauvaise qualité des tissus et l'énorme dilatation de l'orifice inguinal. On a recours au procédé de Bassini, mais la restauration n'est pas parfaite malgré le grand nombre de points de suture.

Suture cutanée sans drainage. Réunion par première intention. A sa sortie, on recommande au petit malade de porter un bandage.

OBSERVATION XIII

(G. GROSS, in Arch. prov. de médecine).

Hernie inguinale droite étranglée contenant le cœcum. Anus contre nature. Entérorraphie ultérieure. Guérison.

Le nommé N..., âgé de 50 ans, manouvrier, entre le 20 juin 1901 dans le service de M. le Pr Gross, pour une volumineuse hernie inguinale droite qui depuis 3 jours est devenue douloureuse.

Cette hernie date d'une dizaine d'années déjà ; elle n'a jamais pu être convenablement maintenue par un bandage, a progressivement augmenté et remplit actuellement tout le scrotum, atteignant le volume du poing. Elle forme une tumeur légèrement élastique, rénitente et sonore en avant, dure et mate dans le reste de son étendue, douloureuse à la pression et absolument irréductible.

En temps habituel, dit le malade, le volume de la tumeur pouvait être notablement réduit par la compression, mais jamais la hernie ne disparaissait entièrement.

La palpation attentive a fait découvrir en arrière quelques légères lobulations plus dures que le reste de la tumeur. Le testicule reconnu semble se détacher de la tumeur principale. Le ventre est ballonné, tendu.

L'état général est peu satisfaisant : température, 38°, pouls, 108 ; la langue est sale ; inappétence, quelques envies de

vomir ; pas de selles depuis quatre jours, pas de gaz depuis 24 heures.

Diagnostic. Hernie, peut-être du gros intestin, engouée ou légèrement étranglée.

Le malade prend un grand bain prolongé, un lavement purgatif ; glace en application locale. Glace et champagne à l'intérieur.

Le lendemain, la situation ne s'est pas améliorée, bien au contraire. Facies mauvais ; il y a eu deux vomissements. Le lavement a bien ramené une selle ; un deuxième lavement administré le matin n'a produit aucun effet. Le ballonnement du ventre a notablement augmenté. On conclut à un étranglement et à la nécessité d'une intervention.

L'opération est pratiquée par M. le professeur agrégé Michel. Une incision, faite sur la face antérieure de la tumeur, conduit directement sur le cœcum ; sac herniaire vide en avant de lui. L'intestin est congestionné, violacé, fortement adhérent aux parois scrotales, en arrière, par des adhérences courtes, excessivement vasculaires, et qui sont extra-sacculaires. L'anneau est débridé, mais la réduction demeure impossible. Aucun plan de clivage postérieur ne peut être trouvé ; les adhérences sont trop courtes pour être sectionnées loin de l'intestin, entre deux ligatures.

M. Michel se résout alors à laisser l'intestin en place et à pratiquer un anus contre nature. La face antérieure de l'intestin est incisée ; des gaz et des matières grumeleuses s'en échappent ; l'intestin s'affaisse aussitôt. On fixe les lèvres de l'orifice à la plaie opératoire qui, bien détergée avec des tampons, est rétrécie au-dessus et au-dessous.

Le malade fut notablement soulagé par l'opération. L'état

général s'améliore rapidement ; les selles se rétablissent au bout de quelques jours.

La cicatrisation de la plaie s'opère, mais il persiste une fistule stercorale.

Une première tentative d'oblitération de la fistule, tentée au bout de quelque temps, échoua. L'oblitération en fut obtenue lors d'une deuxième opération pratiquée au mois de décembre 1901, par M. le professeur Gross.

L'opération consista en un large débridement avec décollement de l'intestin et application d'un triple plan de sutures : le premier plan (surjet à la soie fine) ne comprenant que la muqueuse intestinale ; le second (points de Lembert) sur la musculo-séreuse ; le troisième (au crin de Florence) portant sur la peau après régularisation des lèvres de l'incision. L'oblitération de la fistule se fit par première intention et le malade sortit guéri au bout de trois semaines. A cette époque (décembre 1901), la tumeur herniaire avait totalement disparu, ne faisant plus aucune saillie. Ce n'est qu'en faisant tousser le malade que la main appliquée sur la région ressentait une forte propulsion de la paroi au niveau de la cicatrice. Par précaution, on fit confectionner à l'opéré un bandage avec plaque protectrice.

OBSERVATION XIV

(MORESTIN. — *Congrès international de médecine*).
29 août 1900. *Section de chirurgie*.

Hernie inguinale par glissement de l'S iliaque Cure radicale. Mésoplastie. Mésocolopexie.

Homme de 52 ans, ayant une grosse hernie inguinale gauche réductible bien que la réduction ne pût être obtenue qu'au prix de manipulations assez prolongées. Cet homme avait été opéré déjà l'année précédente ; remis très vite il avait vu au bout de quelques mois la cicatrice se distendre, la hernie reparaître. Un bandage n'avait pas empêché celle-ci d'augmenter et finalement il avait dû renoncer à le porter, la masse était grosse comme les deux poings, complètement sonore, réductible. L'anneau était fort large, on pouvait y introduire trois ou quatre doigts. Le malade réclamait avec une grande insistance une deuxième opération.

La situation était en effet très pénible, et je consentis à tenter la cure de cette hernie qui lui interdisait tout travail.

Je fis cette opération au commencement de mars 1900, après plusieurs jours de traitement préliminaire, repos au lit, diète et purgatifs. J'incisai sur l'ancienne cicatrice ; au milieu de tissus modifiés par l'acte opératoire antérieur ; les premiers temps de cette herniotomie durent être conduits avec prudence et furent assez laborieux. J'ouvris à la partie antérieure un sac fort exigu

et vide. La masse de la hernie était formée presque exclusivement par le côlon qui s'était mis en dehors du péritoine. Il n'y avait pour ainsi dire rien à réséquer en fait de sac. Je fermai le péritoine par plusieurs points séparés au lieu d'en rapprocher les bords par plusieurs ligatures.

Chacun des fils fut porté très haut dans l'épaisseur de la paroi abdominale, pour essayer de rencontrer bien au-dessus du trajet inguinal cette partie du péritoine à laquelle tenait l'intestin hernié. C'était dans ma pensée une sorte de colopexie.

Le côlon s'était laissé très bien isoler et réduire. Je rapprochai de mon mieux les bords de la brèche pariétale. Il n'y avait plus à proprement parler de plans bien distincts : je fis cependant des sutures profondes, puis superficielles, dont le résultat immédiat me parut satisfaisant. Enfin les téguments furent réunis.

Les suites furent très simples, et dix jours après les fils furent coupés : il ne restait qu'une cicatrice linéaire.

Déjà j'avais obtenu avec cette sorte de colopexie deux beaux résultats en 1890. Mais il s'agissait de petits cas : légère ptose chez des individus relativement jeunes. Ici je n'osais point espérer un pareil résultat car la hernie était entièrement en dehors du péritoine, ce dernier devenant un moyen de fixité très médiocre.

Cependant je ne pouvais croire que la récidive fut si précoce, elle fut presque immédiate.

Un mois après sa sortie de Saint-Louis, le 25 avril, cet homme est revenu, il n'avait porté ni ceinture ni bandage, et la hernie avait reparu. Chaque jour amenait dans son volume un notable progrès et elle était presque aussi grosse que le poing. Tout

était à recommencer, le pauvre homme se résignait par avance à tout ce qu'on pourrait lui proposer, j'avais déjà songé à m'adresser aux moyens de suspension de l'S iliaque dans les cas de ce genre, et je pris le parti de remédier à cette ptose en restaurant les attaches naturelles de cet intestin.

Le 1^{er} mai, le malade ayant été de nouveau préparé par les bains, la diète lactée, les purgatifs, le repos au lit, j'opérai de la manière suivante: Une incision fut menée au-dessus de la crête iliaque, parallèlement à la direction des fibres du grand oblique, à un travers de doigt de cette crête, rappelant en somme celle que l'on pratique pour établir un anus iliaque, s'étendant toutefois un peu plus haut en arrière, et dans son ensemble étant placée un peu plus en dehors. Sa longueur était un peu plus de 0,10 centimètres. Le péritoine ouvert, je me mis à la recherche du côlon descendant et le suivis jusqu'à l'orifice herniaire.

En pressant d'une part sur la hernie, en exerçant d'autre part de douces tractions sur l'intestin, celui-ci put être ramené dans le ventre et attiré dans la plaie abdominale. A mesure que l'intestin était ainsi ramené en haut, on voyait le péritoine l'entourer de nouveau, lui former un revêtement complet, le méso se reconstituer.

Le côlon iliaque, l'anse oméga, reprenaient leur aspect habituel et à les voir ainsi par l'intérieur du ventre, on n'aurait pas cru qu'il pût s'agir du même intestin que nous avions vu autrefois par la plaie inguinale ayant son enveloppe séreuse tournée à l'envers. Celle-ci avait acquis une grande mobilité. Il suffisait de repousser l'intestin vers l'orifice inguinal pour constater qu'elle s'en détachait pour s'étaler contre les lèvres du trajet pariétal.

Ayant attiré l'intestin en haut et à l'extérieur au maximum, je me mis en devoir de fixer le méso-côlon reconstitué en suturant les deux lames l'une à l'autre. Les points à la soie fine étaient appliqués naturellement dans les intervalles des vaisseaux et semés çà et là. Je n'en ai mis qu'une douzaine, mais je pense qu'il faudrait en mettre beaucoup plus. Malgré leur petit nombre, ils suffisaient néanmoins à empêcher les deux lames séreuses de se disjoindre. A la base du pli, à l'endroit où il se continuait avec le péritoine iliaque, quatre points furent passés à l'aide d'une aiguille courbe, non seulement à travers le méso reformé, mais en outre dans l'épaisseur de l'aponévrose iliaque, le plus haut, le plus en arrière possible.

Il restait au niveau de la région inguinale une sorte d'infundibulum séreux, un sac cupuliforme. J'essayai de le glisser par l'intérieur de l'abdomen. Mais j'étais mal à l'aise et je dus renoncer à exécuter cette manœuvre. Je prolongeai donc extérieurement l'incision sur l'anneau inguinal, en intéressant toutefois que les téguments. L'orifice inguinal mis à nu le péritoine fut rapidement plissé et capitonné par des sutures, et les bords de l'anneau inguinal rapprochés encore une fois, puis la plaie réunie par un triple surjet. Finalement la peau fut suturée aux crins de Florence. Au dixième jour, les fils furent coupés, et la réunion ne laissait rien à désirer.

L'opéré a quitté Saint-Louis à la fin du mois de mai.

OBSERVATION XV (MORESTIN).

(In thèse Landrieux)

Hernie inguinale par glissement de l'S iliaque. Cure radicale. Mésoplastie. Mésocolopexie.

Le malade, cimentier, âgé de 48 ans, est entré le 24 novembre 1902 chez M. Richelot à l'hôpital Saint-Louis, isolément n° 7.

Il était porteur d'une hernie inguinale gauche grosse comme les deux poings. Cette hernie était à la vérité réductible mais après d'assez longs efforts, et le sujet avait renoncé, spontanément au port d'un bandage qui le gênait beaucoup et ne contenait pas la hernie, Il n'y avait jamais eu d'étranglement. Cependant cet homme occupé à des travaux de force, voyait sans cesse grossir la tumeur et en était chaque jour plus incommodé. Cette hernie était mate à la percussion et subissait au moment de la toux une expansion très visible ; mais au palper, on sentait dans l'épaisseur de la tumeur herniaire une masse pâteuse avec lobulation irrégulière. En tenant en main cette masse pendant qu'on ordonnait au malade de tousser, on percevait le mouvement d'expansion d'une façon si nette qu'il semblait bien que ce fut le même organe qui donnait cette sensation pâteuse quand il était vide de gaz, et se distendit par le retour brusque de ceux-ci au moment de la toux. Ces caractères étaient bien en faveur d'une hernie du gros intestin

et notamment d'une hernie par glissement. C'est là ce diagnostic qu'il faut toujours accompagner de quelques réserves, mais la chose parut probable, et je me préparais à conduire l'opération selon la technique indiquée dans le cas où ce diagnostic serait vérifié par l'ouverture du sac.

Le 21 novembre eut lieu l'intervention. Je fis une courte incision de 0 m. 07 centimètres au niveau de l'orifice inguinal externe et selon le grand axe de la tumeur herniaire et recherchai le sac au niveau même de l'anneau inguinal. Une fois ouvert ce sac exigu, je n'eus aucune peine à reconnaître que c'était le gros intestin qui était hernié, et que cet intestin était en partie en dehors du sac, *c'était bien la hernie par glissement typique*. Cette circonstance étant prévue, le malade avait été placé dès le début, le siège surélevé sur un très épais coussin de sable, ce qui donnait au bassin et à l'abdomen l'attitude qu'impose le plan incliné ordinairement usité, mais toutefois avec cette différence à l'avantage de notre dispositif très simple que la paroi abdominale était relâchée au lieu d'être tendue. Je fis alors une nouvelle incision de 0,09 centimètres sur le muscle droit du côté gauche à un bon travers de doigt de son bord externe, ouvris la gaine du muscle et disséquai son bord externe.

Je réclinai en dedans pour sectionner le feuillet postérieur de sa gaine et le péritoine. Cette incision s'arrêtait en bas à trois larges travers de doigt de l'anneau inguinal et en haut n'atteignait pas la hauteur de l'ombilic. Il s'agissait d'un homme de grande taille, à paroi abdominale flasque et d'épaisseur modérée, le sujet étant maigre. Je fis écarter la lèvre externe de cette plaie abdominale en dehors et en bas découvrant ainsi la fosse iliaque et apercevant dans le fond l'ouverture du sac herniaire

et le cœlon s'enfonçant dans l'anneau. Je pus aisément saisir l'intestin, l'attirer dans le ventre d'abord, puis l'amener dans l'aire de la plaie, enfin l'extérioriser. Chemin faisant il avait repris son revêtement péritonéal, le méso s'était reconstitué ; le sac herniaire avait presque disparu, ainsi que la tumeur inguinale. Je plaçai un grand nombre de sutures au catgut pour fixer l'une à l'autre les deux lames du méso. Elles étaient toutes deux fort chargées de graisse et le méso en conséquence très épais et adipeux, chose assez singulière chez un sujet qui était maigre. Le cœlon était en outre garni d'appendices épiploïques très longs et très chargés de graisse. Quoiqu'il en soit, je pus mener à bien ce temps de l'opération. Avec une aiguille d'Emmet, je pus accrocher très haut dans la fosse iliaque de forts catguts, qui, d'autre part traversaient la base du méso, reconstitué de manière à en remonter l'insertion le plus haut possible, et à lui donner une certaine fixité. Ceci fait, la plaie abdominale fut fermée par quatre plans de suture. Finalement je reconstituai la paroi au niveau du trajet inguinal, en revenant à la plaie faite au début de l'intervention. Un vestige de sac qui restait après résection du mésocolon avait pu être saisi par l'abdomen avec une pince de Kocher, retourné et lié à la base.

Les suites de cette intervention ont été d'une simplicité extrême ; les fils ont été enlevés, partie le huitième et partie le dixième jour.

La réunion a été obtenue d'une façon complète et irréprochable ; il n'y a jamais eu ni fièvre ni phénomène péritonéal, rien en un mot.

La guérison opératoire la plus parfaite a été obtenue dans le plus court délai. Le malade nous a quitté le 19 décembre.

CONCLUSIONS

Il nous semble que les hernies par glissement du gros intestin sont des hernies survenant chez des individus prédisposés par un *arrêt de développement de leur péritoine*.

Deux causes favorisent leur production :

1° *La laxité du fascia propria qui double la séreuse ;*

2° *La faiblesse de la paroi.*

Ce sont donc des hernies acquises en apparence mais en réalité congénitales.

2° Anatomiquement elles sont caractérisées par *leur adhérence et l'absence plus ou moins complète de sac*.

Les adhérences correspondent à l'insertion du mésocolon qui a glissé jusque dans la hernie. Elles abritent les vaisseaux nourriciers usés que l'on peut blesser en essayant de les libérer puisqu'ils adhèrent au feuillet postérieur du méso selon que le méso sera plus ou moins long le sac sera plus ou moins complet.

Quant au rudiment de sac, il est formé par le

feuillet antérieur du méso qui s'est allongé pour suivre l'intestin dans sa migration.

3° Il n'est pas de signes propres à la hernie par glissement. Ce sont ceux des hernies du gros intestin. Leur irréductibilité seule peut les distinguer et encore n'est-elle pas complète.

4° Il n'est pas d'opération qui convienne de tous les cas. Le chirurgien devra se laisser guider par les circonstances.

a). Lorsque les adhérences sont facilement décollables et qu'on peut poursuivre leur décollement assez haut dans la fosse iliaque on réduira l'anse herniée au moyen d'une pince. Après avoir fait une boutonnière abdominale on fixera: 1° le méso; 2° la bande longitudinale à la paroi abdominale au moyen de plusieurs points de suture. On aura soin de toujours passer dans l'intervalle des vaisseaux pour éviter le sphacèle. On achèvera en fixant à la paroi quelques franges épiploïques comme le fait M. le professeur Berger.

b). Lorsque l'on ne peut décoller suffisamment on se contentera de resequer toute la portion accessible du sac et de fixer le moignon selon la méthode de *Barker*.

c). *La réfection soignée de la paroi étant la meilleure des colopexies*, il faudra utiliser tout ce qui peut offrir de la résistance.

C'est ainsi que *des points en U unissant l'arcade de Fallope à la gaine du droit, la suture du tendon conjoint à la même arcade* constituent de bons

moyens pour renforcer la région. On terminera par le Bassini.

d). En raison des difficultés qu'elle présente, nous réservons l'opération de Julliard, où résection de l'anse intestinale, aux cas d'étranglement où l'on trouve une portion volumineuse d'intestin sphacélée.

Vu : le Président de la thèse,

BERGER

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALTI. — Hernies iléo-cœcales (Thèse de Paris, 1894).
- ANDERSON. — Hernies de l'S iliaque à travers le canal inguinal. Absence de sac herniaire (Assoc. méd. Bret. 63^e section. Semaine médicale, 1895, page 334).
- ANDERSON. — Trois cas de hernie sans sac de l'S iliaque, à travers le canal inguinal gauche (British. med. journ., 1890 et 1895).
- ANDRÉ. — Hernie inguinale congénitale double. Hernie du cœcum à gauche (Bull. méd., 11 avril 1897).
- ANDRIEU. — Etude sur l'anatomie pathologique et le traitement des hernies par glissement de l'S iliaque (Thèse de Paris, 1903).
- ARMANDALE. — Hernie fémorale. Appendice perforé dans le sac. Excision du sac et de l'appendice (The Lancet. 30 mars 1889).
- ARNAULD. — Traité des hernies, 1749, page 215.
- BAJARDI. — Hernie de l'appendice verm. du cœcum (Lo Sperimentale, 1895).
- BARIETY. — Des hernies compliquées de l'appendice iléo-cœcal (Thèse de Paris, 1895).
- BENNET. — Formes rares de hernies du gros intestin avec

absence de sac herniaire (Soc. roy. méd. chirurgicale de Londres, 28 janvier 1890).

BÉRARD. — Hernie inguinale du cœcum (Lyon méd., 3 nov. 1895).

BÉRARD. — Diagnostic des hernies de l'S iliaque dans le cas d'étranglement.

BÉRARD. — Hernie primitive du cœcum à sac incomplet
Pathogénie et traitement (Prov. méd., 18 avril 1896).

BERGER. — Traité de chirurgie Duplay-Reclus (Tome IV).

BIER. — Hernie inguinale enflammée contenant l'appendice
(Deutsch. med. Woch., 1892).

BLAISE. — Cure radicale de la hernie inguinale (Thèse de Paris, 1894).

BOIFFIN. — Hernie adhérente au sac (Thèse de Paris, 1887).

BOURCART. — Situation de l'S iliaque chez le nouveau-né
(Thèse de Paris, 1863).

BOURSIER. — Dictionnaire encyclopédique des sciences
médicales (4^e série. Tome XIII).

BOUSSI. — Hernie inguinale scrotale de l'S iliaque (Soc.
anat., 1878).

BRACHI. — De hernia inguinali immobili, 1862.

BRIEGER. — Hernie de l'appendice (Archiv. f. Klin. Chir.,
1893).

BROCA. — Hernie de l'S iliaque avec cystocèle (Bul. soc.,
anat., 1882).

CHARNOIS. — Des hernies du cœcum compliquées d'appendicite (Th. de Lyon 1894).

CLARK. — Hernie étranglée du cœcum (The Lancet 1864).

DESBORDES. — Hernies adhérentes par glissement. Adhère-
rence de l'S iliaque (Thèse de Paris 1896).

- DUNLOP. — Hernie inguinale du cœcum (The Lancet 1864).
- ESPRIT. — Hernie congénitale du cœcum à gauche, cure radicale (Dauphiné méd., nov. 1895).
- FOLET. — Echo méd. du Nord. (Oct. 1897).
- GANGOLPHE. — Hernie du gros intestin. Appendicite herniaire (Lyon méd., 1892).
- GIBBON. — Hernie cœcale. Classification de 65 cas (Journ. Am. med. assoc., 11 juillet 1898),
- GILLETTE. — Hernie de l'S iliaque (Soc. anat., 1862).
- GRAY. — Hernie cœcale étranglée. Mort par apoplexie (The Lancet, 18 sept. 1888).
- GROSS GEORGES. — Des hernies du gros intestin par glissement et de leur traitement (Arch. prov. de médecine et de chirurgie, mai et juin 1903).
- GUÉRIN. — Hernie inguinale gauche contenant le cœcum (Journ. méd. de Bordeaux, janvier 1894).
- HARTMAN. — Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies (France méd., 1887, p. 305).
- HENRIET. — Hernie de l'S iliaque avec inversion splanchnique. Bul. soc. anat., 1873).
- JABOULAY. — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. VII.
- JONNESCO. — Traité d'anatomie de Poirier. Tome IV)
- JULLIARD. — Congrès français de chirurgie (Paris 1895).
- KRONLEIN. — Hernie crurale droite étranglée, contenant l'appendice perforé et une partie du cœcum. Laparotomie. Résection. Guérison (Corresp. Blatt. f. Shw. Aertze, 15 fév. 1893).
- KTAFF. — Appendice verm. dans les hernies (7 cas). Nordiskt med. Archiv. XXVI, page 720, 1894).
- LADROITTE. — Bul. soc. anat., mars 1882.

- LE DENTU. — Dictionn. de méd. et chir. pratique, article *hernie*.
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence. (3^e édition).
- LEJARS. — Tumeurs intra ou péri-herniaires. (Revue générale de gaz. des hôpitaux, 1889).
- LEMINICIER. — Du cœcum et de ses hernies (Thèse de Paris, 1887).
- LENNANDER. — Hernie inguinale étranglée contenant le cœcum et le côlon ascendant (Centr. f. chir., 1821).
- LOOCHWOOD. — Hernie congénitale du cœcum (Med. chir trans., t. XIX, p. 506).
- LOOCKWOD. — Hernie fémorale gauche contenant le cœcum et l'appendice (Soc. Barth. hosp. Rep. London, 1894, XXVIII, 179).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies, 1894.
- MALGAIGNE. — Deuxième Mémoire sur les étranglements, herniaires. Obs. XIII.
- MEYVELLE. — Traitement des hernies irréductibles (Thèse de Paris, 1888).
- MÉRIGOT DE TREIGNY. — Hernies du gros intestin (Thèse de Paris, 1857).
- DE MONTVILLE. — Contribution à l'étude des hernies adhérentes (Thèse de Paris 1901-1902).
- MORESTIN. — Traitement des hernies inguinales par glissement de l'S iliaque (XII^e congrès international de méd. Section chir. Paris, août 1900).
- MORGAN. — Hernies de l'appendice (Trans. path. soc. London, 1874. XXV, p. 507).
- MOUTON. — Des hernies adhérentes par glissement du gros intestin. Leur thérapeutique (Th. de Lille, 1889).

NÉLATON. — Eléments de path. chir., 1857.

NICAISE. — Les adhérences intestinales dans les phénom. d'étranglement.

PASCAL. — XIV^e Congrès français de chirurgie, p. 175).

PÉRIER. — Diagnostic des hernies de l'S iliaque (Bul. Soc. chir., 1885, p. III).

PERRIN (fils). — Hernie cœcale étranglée avec gangrène du cœcum et de l'appendice. Anus contre nature. Guérison. Mort par tétanos (Rev. méd. de la Suisse Romande, sept. 1890).

PEYROT. — Manuel de path. externe (Tome III).

PETIT (J.-L.). — Traité des maladies chirurgicales.

PISTORI. — Hernie inguinale droite étranglée, avec gangrène de l'appendice. (Deutsch klin. Berlin, 1850, II, 416).

RENAULT. — Les hernies inguinales du cœcum et de l'S iliaque, considérées principalement chez l'enfant. (Th. de Paris, 1868).

RICARD. — Bul. Soc. Anat. Janvier 1888.

RIVET. — Hernie de l'appendice verm. (Th. de Paris, 1894).

ROBERT. — Hernie de l'S iliaque (Soc. Anat., 1858).

ROUSSEL. — Hernie de l'S iliaque (Soc. Anat., 1858).

RUBINO. — Hernie du cœcum et de l'appendice (Sicilia medica, 1889).

SAUVAGE. — Hernies de l'append. verm. (Thèse de Paris, 1894).

SAVARIAUD. — Hernies par glissement de l'S iliaque. Procédé nouveau de cure radicale. (Bul. et mém. de la Soc. Anat. Paris, 1900, p. 772-777. Congrès français de chirurgie, 1901, p. 575).

SCARPA. — Traité des hernies. Trad. Cayol. Paris, 1812.

- SCHMIDT. — Hernie de l'appendice contenant un corps étranger (Munich, méd. Woch, XVII, p. 228).
- STEIGER. — Hernie du cœcum et de l'appendice (Corresp. Bl. f. Schw. Aërtze, 15 avril 1879).
- STHOMPSON. — Removal path. of the appendice from a sac hernia. (British med. Journ. Londres, 1887, p. 579).
- STIEGEL. — Un cas de hernie congénitale du cœcum à gauche (Gaz. med. de Strasbourg (1^{er} février 1898).
- TARANELLI. — Des hernies de l'appendice (Ann. universelle de med. de Milan, 1875).
- TRÈVES. — Anatomie du cœcum (British med., 1885).
- TUFFIER. — Etude sur le cœcum et ses hernies (Arch. gén. de médecine, 1887).
- TUFFIER. — Bul. Soc. Anat., 1886.
- TEIRLINCK. — L'S iliaque et ses affections (Belg. med. Gand Hareem, 1901. T. I).
- VÉSIGNIE. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et du cœcum. (Th. de Paris, 18 juillet 1903).